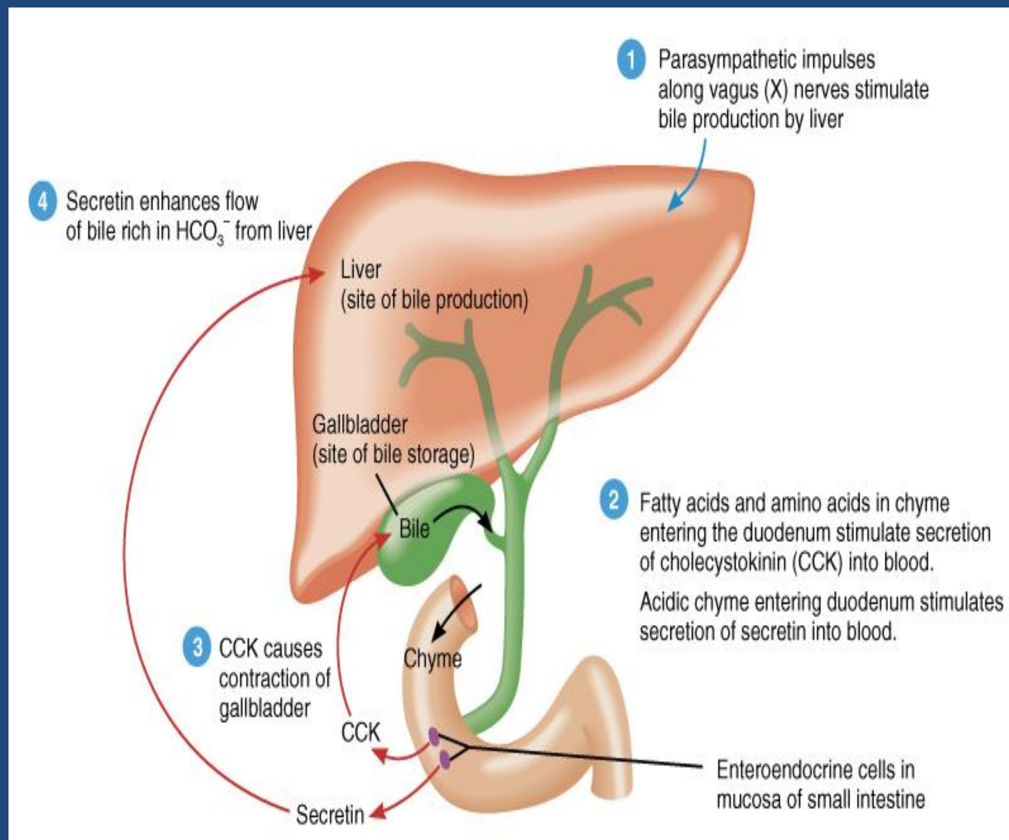
LES CHOLECYSTITES

Bile vésiculaire vs bile hépatique



DEFINITION

Cholécystite aiguë

L'inflammation aiguë de la vésicule biliaire

C'est une des complications de la lithiase biliaire et suit habituellement l'obstruction du canal cystique par un calcul.

Trois facteurs commandent la réponse inflammatoire :

- Inflammation mécanique: Elle est secondaire à une augmentation de la pression intraluminale avec distension de la paroi vésiculaire. Ceci résulte en une ischémie de la muqueuse et de la paroi.
- Inflammation chimique: Elle est secondaire à la libération de lysolécithine (due à l'action de la phospholipase sur la lécithine biliaire) et d'autres facteurs tissulaires locaux.
- Inflammation bactérienne: Elle est présente chez 50 à 85% des patients avec cholécystite aiguë. Les organismes les plus souvent retrouvés par culture de la bile sont:

  Escherichia Coli, Klebsiella ,Streptocoques du groupe D , Staphylocoques, Clostridium

Manifestations cliniques

la douleur:

La cholécystite aigue débute souvent comme une crise de colique biliaire qui empire progressivement. Environ 60- 70% des patients rapportent avoir déjà connu des épisodes de colique biliaire qui se sont résolus spontanément. Au fur et à mesure que l'épisode progresse, la douleur devient plus généralisée au quadrant supérieur droit de l'abdomen. Comme pour la colique biliaire non compliquée, la douleur peut irradier à la région interscapulaire, scapulaire droite ou à l'épaule

Manifestations cliniques

- L’anorexie nausées et vomissements
- L’ictère est inhabituel au début de la cholécystite aiguë, mais peut survenir lorsque la réaction inflammatoire œdémateuse atteint les canaux biliaires et les ganglions lymphatiques avoisinants.
- fièvre légère est en général présente, mais une histoire de frissons solennels est peu fréquente.

Manifestations cliniques

la palpation:

- ♦ Le quadrant supérieur droit de l'abdomen est presque toujours sensible .
- ♦ Une grosse vésicule sous tension est palpable chez 25 à 50% des patients.
- ♦ Une inspiration profonde ou le fait de tousser durant la palpation sous-costale du quadrant supérieur droit produit habituellement une augmentation de la douleur et constitue le signe de Murphy.

Une légère percussion délivrée sur la région sous costale droite peut produire une augmentation marquée de la douleur. Une sensibilité de rebond localisée au quadrant supérieur droit est fréquente comme le sont aussi une distension abdominale et une diminution du péristaltisme par iléus paralytique, mais des signes de péritonite généralisée et de rigidité abdominale ne sont en général pas présents en l'absence de perforation

diagnostic est fortement suggestif en face de cette triade :

Douleur d’apparition subite au quadrant supérieur droit

Fièvre

Leucocytose: Elle est en général entre 10 000 et 15 000 leucocytes/ml avec une augmentation des neutrophiles ·

Bilirubine sérique: Elle est légèrement élevée (< 85.5 mmol/L) chez 45% des patients. ·

Transaminases sériques (AST, ALT): Elles sont élevées mais habituellement moins que cinq fois la normale.

Échographie

Cet examen montre des cholélithiases dans 95% des cas.

Scintigraphie isotopique (HIDA)

Elle confirme le diagnostic en montrant une non opacification de la vésicule en présence d’une opacification des voies biliaires.

Traitement médical

- Bien que la chirurgie demeure le traitement de choix pour la cholécystite aiguë et ses complications, une période de stabilisation est souvent requise avant la cholécystectomie. · Patient gardé à jeun avec une SNG s'il est nauséeux · Correction des désordres électrolytiques et de la déplétion volumique · Administration de mépéridine (Démérol®).Cet analgésique est préféré à la morphine ou à la codéine car il engendre moins de spasmes du sphincter d'Oddi. · Antibiotiques i.v si cholécystite sévère.

Traitement chirurgical

- Le moment de la chirurgie varie selon la situation clinique. Une cholécystectomie urgente ou une cholécystostomie est appropriée chez la plupart des patients présentant une complication de la cholécystite aiguë comme : · L’empyème · La cholécystite emphysémateuse · Une perforation confirmée ou suspectée. Dans la cholécystite aiguë non compliquée, 30% des patients ont une persistance de leurs symptômes malgré le traitement médical. La progression de la crise ou l’apparition d’une complication conduit alors à une cholécystectomie précoce (dans les 24 à 72 heures).

La cholécystectomie tardive est réservée :

· Aux patients chez qui la condition medicate précaire impose un risque inacceptable à une chirurgie précoce.

· Aux patients chez qui un doute subsiste sur le diagnostic de cholécystite aiguë.

Ainsi, la cholécystectomie précoce est le traitement de choix pour la majorité des patients.

Le taux de mortalité pour une cholécystectomie d’urgence est d’environ 3%, alors qu’il est de 0.5% pour une cholécystectomie précoce ou élective chez les patients de moins de 60 ans. Évolution Environ 75% des patients traités médicalement connaissent une rémission des symptômes aigus en 2 à 7 jours suivant l’hospitalisation.

Cholécystite acalculeuse

- Définition
- 5 à 10% des patients opérés pour cholécystite aiguë n’ont pas de calcul obstruant le
- canal cystique. Ceci correspond à une cholécystite acalculeuse.
- Étiologie
- Un risque accru de développer une cholécystite acalculeuse est particulièrement
- présent dans les conditions suivantes :
- • Patient polytraumatisé
- • Grand brûlé
- • Période post-partum après un travail prolongé
- • Période postopératoire suite à une chirurgie orthopédique ou une
- chirurgie non biliaire majeure
- • Vasculite
- • Adénocarcinome vésiculaire obstructif
- • Diabète sucré
- • Torsion de la vésicule
- • Infection bactérienne inhabituelle de la vésicule (e.g. leptospira,
- streptocoque, salmonelle, vibrio cholerae)
- • Parasitose vésiculaire.

- Elle peut aussi compliquer l’évolution d’autres maladies systémiques (sarcoïdose,
- maladie cardio-vasculaire, tuberculose, syphilis, actinomycose, etc.) et peut survenir
- durant des périodes prolongées d’hyperalimentation parentérale.
- Manifestations cliniques
- Les manifestations cliniques sont semblables à la cholécystite calculeuse mais le
- diagnostic sera suggéré par l’apparition des manifestations chez un patient souffrant
- déjà d’un problème sous-jacent important tel que décrit plus haut. Cependant, le
- diagnostic clinique peut être très difficile puisque dans 25% des cas, le tableau initial
- est celui d’une fièvre sans douleur ou sans signes locaux. Ainsi, une fièvre inexpliquée

- chez un patient présentant une condition prédisposante et chez qui les causes plus
- fréquentes d’hyperthermie ont été éliminées doit soulever la possibilité d’une
- cholécystite aiguë acalculeuse.
- Investigation
- Le diagnostic de cholécystite acalculeuse se fait par l’histoire entre autre.
- Échographie
- Le diagnostic est souvent confirmé par l’échographie qui peut montrer un
- épaississement de la paroi vésiculaire de plus de 3 mm (5.5 mm en moyenne), une
- grosse vésicule sensible (ou signe de Murphy échographique) et une collection
- liquidienne péri-vésiculaire (i.e. un abcès).

- Traitement
- Dans la plupart des cas, une cholécystectomie urgente ou une cholécystostomie
- consistant à drainer la vésicule par un cathéter percutané transhépatique constituent le
- traitement approprié. La mortalité est d’environ 10% et survient le plus souvent chez
- le patient âgé avec maladie sous-jacente sérieuse ou chez le patient qui présente une
- complication due à un diagnostic et un traitement tardifs.

Cholécystite emphysémateuse

- Elle débute par une cholécystite aiguë (calculeuse ou acalculeuse) suivie d'une ischémie ou d'une gangrène de la paroi vésiculaire et par une infection par des germes producteurs de gaz. Elle survient le plus souvent chez le patient âgé ou chez le patient diabétique.
- Le diagnostic est évident sur la radiographie simple de l'abdomen qui montre du gaz dans la vésicule ou disséquant la paroi vésiculaire ou dans les tissus péri-vésiculaires.
- La mortalité et la morbidité sont considérables.
- Une chirurgie immédiate avec antibiothérapie appropriée est impérative.

Cholécystite chronique

- Une inflammation chronique de la paroi vésiculaire est presque toujours associée à la
- présence de calculs et résulte vraisemblablement d'épisodes répétés de cholécystite
- aiguë ou subaiguë ou d'une irritation mécanique persistante de la paroi vésiculaire.